

FORMULAIRE D'INSCRIPTION ANNUELLE DE L'ÉLÈVE

Année scolaire 2016-2017

(French)

(Tout écrire en majuscules)

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE															
Nom			Prénom			Deuxième prénom			Matricule de l'élève						
Désignation ethnique : <input type="checkbox"/> Hispanique /Latino <input type="checkbox"/> Non Hispanique / Non Latino	Race (cocher une ou plusieurs cases) : <input type="checkbox"/> Amérindien/Natif d'Alaska <input type="checkbox"/> Natif d'Hawaï /îles du Pacifique <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Blanc <input type="checkbox"/> Noir/Afro-Américain					Date de naissance (mm/jj/aaaa) / /		Sexe de l'élève <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin							
	Pays de naissance (si autre que les États-Unis) :					Numéro de téléphone : ()									
Adresse				N° d'app.		Nouvel élève de DCPS École précédente (si non DCPS) : Ville, État, Code postal :									
Ville			État	Code postal		IEP de services d'éducation spécialisée		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Plan 504	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Classe de l'élève l'année prochaine (16-17) PK3 PK4 K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 Adulte						Allergies (si Oui, remplir le formulaire)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Restrictions alimentaires (si Oui, remplir le formulaire)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Médicaments requis (si Oui, remplir le formulaire)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
						RENSEIGNEMENTS SUR LE PARENT/TUTEUR									
						Parent/Tuteur			Lien de parenté		Other Parent/Guardian/Contact			Lien de parenté	
Adresse				Adresse											
Ville			État	Code postal		Ville		État	Code postal						
Adresse e-mail			<input type="checkbox"/> Recevoir des e-mails <input type="checkbox"/> Recevoir des SMS		Adresse e-mail			<input type="checkbox"/> Recevoir des e-mails <input type="checkbox"/> Recevoir des SMS							
Tél. (domicile)	Tél. (mobile)		Tél. (travail)		Tél. (domicile)	Tél. (mobile)		Tél. (travail)							
Nom Matricule École Date de nais.	Frère ou sœur 1		Frère ou sœur 2		Frère ou sœur 3		Frère ou sœur 4								
CONTACT EN CAS D'URGENCE (AUTRE QUE PARENT/TUTEUR)															
Nom			Lien de parenté		Nom			Lien de parenté							
Adresse				Adresse											
Ville			État	Code postal		Ville		État	Code postal						
Tél. (domicile)	Tél. (mobile)		Tél. (travail)		Tél. (domicile)	Tél. (mobile)		Tél. (travail)							
Permanent <input type="checkbox"/>	Hôtel/Motel <input type="checkbox"/>	Refuge <input type="checkbox"/>	Retiré du refuge <input type="checkbox"/>	Logement partagé <input type="checkbox"/>	Placement/CFSA <input type="checkbox"/>	En attente de placement <input type="checkbox"/>	Mineur non accompagné <input type="checkbox"/>								

DCPS s'engage à ce que les informations fournies dans le formulaire d'inscription annuelle de l'élève restent confidentielles et ne puissent être utilisées qu'à des fins légitimes de DCPS. J'ai rempli ce formulaire et je certifie que les informations ci-dessus sont exactes. Je comprends que fournir de fausses informations à l'État à des fins frauduleuses est punissable par la loi. En signant ci-dessous, je reconnais que j'accepte tous les consentements ou choix effectués dans ce formulaire. Ne pas signer le formulaire avant le 1^{er} avril.

Signature du parent/tuteur inscrivant l'enfant _____

Date _____